



KARTA EWIDENCYJNA

kandydata na studia

WYDZIAŁ: Nauk o Zdrowiu
KIERUNEK: Pielęgniarstwo
POZIOM STUDIÓW: I stopnia
FORMA STUDIÓW: stacjonarne
ROK AKADEMICKI: 2016/2017

1. DANE PERSONALNE:

Nazwisko	Nazwisko panińskie (jeśli zmienione)
Pierwsze imię	Drugie imię

dzień	miesiąc	rok	Miejsce urodzenia	PESEL																

płeć	M	K	stan cywilny	narodowość	obywatelstwo

seria i numer dowodu osobistego	organ wydający dowód osobisty

imię ojca	imię matki

2. ADRES ZAMIESZKANIA

miasto wieś

ulica/osiedle/nr	miejsowość/nr	kod	poczta

niepotrzebne skreślić

3. ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica/osiedle/nr	miejsowość/nr	kod	poczta

4. DANE KONTAKTOWE:

telefon stacjonarny	telefon komórkowy	e-mail

5. ŚWIADECTWO DOJRZAŁOŚCI:

nr świadectwa	data wydania	nazwa średniej szkoły	miasto

6. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:

stopień niepełnosprawności	rodzaj niepełnosprawności

7. PREFEROWANE JĘZYKI:

język 1	język 2

8. STUDIA W INNEJ UCZELNI (ukończone i kontynuowane)

nazwa uczelni	data rozpoczęcia data zakończenia	kierunek/kierunki studiów z zaznaczeniem formy studiów stacjonarne/niestacjonarne I czy II stopień	miasto

Suma uzyskanych punktów ECTS w rozbiciu na kierunki studiów	Liczba punktów ECTS pozostała do wykorzystania w innej uczelni	Rodzaj już przyznanych świadczeń pomocy materialnej i okres na jaki zostały przyznane w uczelni publicznej i niepublicznej

Oświadczam, że dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz w celu wypełnienia postanowień art. 170c Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

Radom, dnia

.....
czytelny podpis kandydata